

Bericht der Unabhängigen Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen über die Tätigkeiten im Jahr 2022



1. VORBEMERKUNGEN

1.1. RECHTLICHE GRUNDLAGE

Auf der Grundlage von Paragraph 278 SGB V hat der Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen am 27. April 2022 mich als Unabhängige Ombudsperson bestellt. Der Beginn dieser Tätigkeit wurde auf 1.5.2022 festgesetzt.

Paragraph 278 SGB V bestimmt als Zweck dieser Ombudsperson, dass sich „sowohl Beschäftigte des Medizinischen Dienstes bei Beobachtung von Unregelmäßigkeiten, insbesondere Beeinflussungsversuchen durch Dritte, als auch Versicherte bei Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes vertraulich“ an sie wenden können.

Das Einrichten einer Unabhängigen Ombudsperson bei den Medizinischen Diensten folgt dem Grundgedanken des sogenannten MDK-Reformgesetzes (Artikel 1 Nummer 25 des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen, BGBl I 2019, 2789), das schrittweise seit den 1.1.2020 in Kraft getreten ist. Es soll die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste und insbesondere der dortigen Gutachtenden stärken.

Die Richtlinie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) „Unabhängige Ombudsperson (UOP-RL)“ vom 19.3.2021 präzisiert dies: „Die unabhängige Ombudsperson - im folgenden Ombudsperson - soll dabei ein wichtiges ergänzendes Element des bereits etablierten Beschwerdemanagements der Medizinischen Dienste darstellen und die Transparenz hinsichtlich der Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie die Patientenrechte und die Rechte pflegebedürftiger Personen weiter stärken. Sie soll Anregungen und Beschwerden der Versicherten aufnehmen, in Konfliktsituationen vermitteln, Unregelmäßigkeiten aufdecken und systematische Fehlentwicklungen in den Medizinischen Diensten verhindern. Bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ist die Ombudsperson unabhängig und frei von Weisungen. Sie ist nur den rechtlichen Vorgaben und ihrem Gewissen verpflichtet. Die Ombudsperson hat ihre Tätigkeit gewissenhaft und zum Wohle der Versichertengemeinschaft auszuüben.“

Zum Auftrag der Ombudsperson und zur Transparenz ihrer Tätigkeit gehört das Vorlegen eines Jahresberichtes zum 31. Dezember eines Jahres. In besonderen Fällen kann die Ombudsperson nach eigenem Ermessen zusätzlich einen Sonderbericht veröffentlichen. Für Letzteres gab es 2022 keine Veranlassung.

Gegen Ende des Jahres 2022 gab es Interessen, die Rolle der Unabhängigen Ombudsperson weiterzuentwickeln. Dazu besteht noch Klärungsbedarf: Die 101. Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger vertrat auf ihrer virtuellen Tagung vom 9. bis 10. November 2022 die „Ansicht, dass die bei der unabhängigen Ombudsperson eines Medizinischen Dienstes eingehenden Widersprüche gegen Bescheide der Kranken-/ Pflegekassen gemäß § 84 Absatz 2 Satz 1 SGG fristwährend sind und auch die Ombudsperson der Weiterleitungspflicht des Paragraph 84 Absatz 2 Satz 2 SGG unterliegt.“ Diese Regelung kann im Einzelfall für die Versicherten von Vorteil sein. Dadurch können Fristen für Widersprüche gegen Bescheide der Kranken- beziehungsweise Pflegekassen für sie gewahrt werden. Zu klären ist jedoch, in welchem Ver-

hältnis diese gewünschte Verpflichtung zur grundsätzlichen Vertraulichkeitsverpflichtung der Unabhängigen Ombudsperson steht. Und es ist noch nicht abschließend geprüft, welche Auswirkungen die o. g. Begründung hat. Die Fragen sind z. B., wie weitreichend würde die Behördeneigenschaft der Ombudsperson gelten, also konkret wer kann was alles bei ihr zur Niederschrift erklären, und zum zweiten: wie wirkte sich dies auf eventuelle Aufsichts- und Prüfrechte aus, die der Vertraulichkeit gegenüber den Beschwerdeführenden und Mitarbeitenden entgegenstehen könnten. Und mit Blick auf die Praxis sind Schreiben von Versicherten oder deren Angehörigen beziehungsweise Bevollmächtigten an die Ombudsperson gelegentlich uneindeutig und bedürfen einer Klärung mit den Beschwerdeführenden, um deren Interessen zunächst einmal klar zu erkennen. Weil Widersprüche auch an eine Form gebunden sind, wäre auch diese Anforderung zu prüfen. Und nicht zuletzt ist für die Erfolgsaussichten von Widersprüchen eine gute Begründung von großer Bedeutung. Diese kann die Ombudsperson oft nach einer Erstzuschrift überhaupt nicht leisten. Dafür habe ich bisher den Beschwerdeführenden entsprechende Hinweise gegeben, sodass sie entsprechende Begründungen für die Widersprüche an die Kranken- bzw. Pflegekasse sendeten. Es gab 2022 zumindest in meinem Tätigkeitsbereich keinen Fall, bei dem eine Kasse einen Widerspruch wegen Verfristung zurückgewiesen hätte. Der Klärungsprozess zu diesem Aufgabenaspekt dauert noch an.

1.2. INSTALLATION DER UNABHÄNGIGEN OMBUDSPERSON IN SACHSEN

Zum Beginn der Tätigkeit als Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen zum 1. Mai 2022 wurde zügig die Erreichbarkeit der Ombudsperson auf unterschiedlichen Wegen eingerichtet. Über eine Mobiltelefonnummer 0151 23146829, eine vertrauliche E-Mail-Adresse ombudsperson@md-sachsen.de, meine externe Büroadresse holfeld@fairsprechen-und-verstehen.de sowie die Postadresse am Hauptstandort des Medizinischen Dienstes Sachsen in Dresden bin ich unkompliziert zu erreichen.

Zur Erleichterung der Ombudstätigkeit stellt der Medizinische Dienst Sachsen zeitweise eine Assistenz, technisches Equipment und gegebenenfalls Verfügungsräume. Auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Sachsen wurde eine eigene Website für die Ombudsperson inklusive deren Erreichbarkeit eingerichtet.

Die ersten Monate waren geprägt vom grundsätzlichen Aufbau der Tätigkeit. Da es keinen Vorläufer in dieser Funktion gab, mussten alle Abläufe und Informationen im Bereich der Ombudsperson von Grund auf neu erstellt werden. Rechtliche Klärungen erfolgten mit Hilfe des Medizinischen Dienstes. Ich hatte Gelegenheit, mich und die Tätigkeit auf unterschiedlichen Ebenen vorzustellen: vor der Belegschaft, vor einer erweiterten Klausurtagung des Verwaltungsrates, gegenüber Vertretenden einzelner Kassen so wie im Sächsischen Sozialministerium.

Die zielgruppenspezifischste Information erfolgte jedoch durch die Kranken- und Pflegekassen in deren Bescheiden. Die Kassen setzten die gesetzliche Verpflichtung, einen Hinweis auf die Ombudsperson in ihre Bescheide einzufügen, außerordentlich deutlich um. Für die Versicherten war dieser Hinweis oft deutlich wahrnehmbarer als der ebenfalls obligatorische Rechtsbehelfs-Hinweis.

Als Novum für die Tätigkeit der Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten bat ich um eine Vertretungsregelung für mögliche Fälle der Befangenheit und längerer Nichterreichbarkeit. Ich freue mich, dass die Medizinischen Dienste Sachsen-Anhalt und Sachsen mit Wirkung zum 1.1.2023 eine solche Vertretungsregelung auf Gegenseitigkeit vereinbart haben. Dies stärkt sowohl die Unabhängigkeit der Ombudspersonen als auch ihre Erreichbarkeit für Versicherte.

2. ARBEITSWEISE DER OMBUDSPERSON

Als Ombudsperson unterliege ich grundsätzlich der Schweigepflicht, diese gilt auch für die Assistentin, die zeitweise für die Ombudsperson tätig ist.

Zentrale Aufgaben sind das Aufklären von Sachverhalten und das Vermitteln zwischen Versicherten und dem Medizinischen Dienst. In bestimmten Fällen kommt es auch zu einem Vermitteln zwischen den Versicherten und den Kranken- bzw. Pflegekassen, wo dies zu einer effektiveren Lösung problematischer Situationen beiträgt. Hier bin ich dankbar dafür, verlässliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen im Medizinischen Dienst und bei zahlreichen Kassen gefunden zu haben. Oft ließen sich im direkten Gespräch Sachverhalte schneller klären, als wenn auf dem schriftlichen Weg zunächst Zuständigkeitsfragen hin und her geschoben würden.

Das Anhören der Versicherten bzw. der Beschwerdeführenden ist die Basis der Ombudstätigkeit. Je nachdem, was sie vortragen, entscheidet sich das weitere Vorgehen: Teilweise erhalten Sie Hinweise, wie sie ihr Anliegen, zum Beispiel Ihren Widerspruch, selbst zielführend gestalten können. Teilweise vermittele ich passende Ansprechpartner, Ansprechpartnerinnen an die sie sich wenden können. Konkrete Beschwerden nehme ich entgegen und prüfe sie. In jedem Fall geht weiteren Aktivitäten immer eine fallbezogene Einwilligungserklärung/Schweigepflichtentbindung durch die Betroffenen voraus. Falls notwendig, sehe ich die Akten ein. In schwierigen Fällen vermittele ich direkt zwischen dem Medizinischen Dienst und den Beschwerdeführenden, wie in Mediationen und auch ggfs. unter Einbeziehung der Kranken-bzw. Pflegekassen.

Es wenden sich teils sachlich argumentierende, teils verzweifelte und bisweilen auch erzürnte Hilfesuchende an die Ombudsperson. Schon das Erstgespräch ist für den Lösungsweg oft entscheidend. Nicht wenige Versicherte fühlen sich einem massiven, großen Gegenüber ausgesetzt, wenn sie von Teilen des Gesundheitssystems etwas nicht so erhalten, wie sie es erwarten. Als Vertrauensperson erlebe ich hier eine Chance,

nicht nur sachlich, sondern auch auf anderen Ebenen zu vermitteln. Ich kann Orientierungshilfe geben, wie und wo etwas bearbeitet wird. Ich kann Transparenz herstellen und Texte von Bescheiden für Einzelne verständlicher machen. Und ich kann bei gerechtfertigten Anliegen Hilfe zur Interessenwahrnehmung und zum Interessenausgleich geben.

Die Ombudsperson wirkt ebenso unabhängig wie allseitig. In der Konsequenz gehörten deswegen auch Hinweise an den Medizinischen Dienst aus Beschwerden heraus zur Ombudstätigkeit.

Teilweise unter Einbeziehung des internen Beschwerdemanagements (wenn Beschwerdeführende dem zustimmen) führten Eingaben an die Ombudsperson zu Veränderungen beim Handeln des Medizinischen Dienstes.

Hervorheben möchte ich hier den Fachbereich Pflege Einzelfallbegutachtung. In Auswertung einer Beschwerde veranlasste er Veränderungen im internen Bearbeitungsprozess. Konkret veränderte er das Anmeldeprocedere, wenn bei Begutachtungen zweite oder weitere Gutachtende anwesend sein sollen, zum Beispiel zum Zweck der Qualitätssicherung. Seit September erfolgt nun automatisiert vorab eine Information an die Versicherten mit einem Informationsschreiben „Begleitung der Begutachtung im Rahmen der Qualitätssicherung“. Das gewährleistet nun, dass Versicherte nicht mehr von der Anwesenheit einer zweiten Person des Medizinischen Dienstes überrascht werden.

Außerdem wurden Hinweise aufgegriffen für verständlichere Formulierungen in den Gutachten, Feedback führte hier zu Hilfen für die Versicherten. Regelmäßig, ca. einmal im Monat, gab ich eine Rückmeldung in anonymisierter Form an den Vorstand bzw. an die Leitende Ärztin für die gutachterlichen Bereiche. Abläufe wurden abgestimmt zwischen internem Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes und der externen Ombudstätigkeit, denn bisweilen schrieben Versicherte parallel an alle denkbaren Instanzen, wenn Sie mit Bescheiden unzufrieden waren.

Erwähnen möchte ich auch die gute Zusammenarbeit mit der Personalvertretung im Hinblick auf mögliche interne Ombuds-Beschwerden und die Zusammenarbeit mit Ombudspersonen aus anderen Bundesländern, namentlich aus Bayern bei zwei „grenzüberschreitenden“ Fällen und aus Sachsen-Anhalt.

3. AN DIE OMBUDSPERSON HERANGETRAGENE ANLIEGEN

Anliegen wurden auf allen denkbaren Wegen an die Ombudsperson herangetragen. Fünf erreichten bereits vor der Installation der Ombudspersonen, im Zeitraum zwischen Februar und Ende April, den Medizinischen Dienst Sachsen. Weitere 130 gingen ab dem 1. Mai ein. Insgesamt erreichten im Berichtsjahr 135 Eingaben die Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Sachsen. Die Erstkontakte erfolgten:

- telefonisch: 64,
- postalisch: 22,
- per E-Mail an die @md-sachsen.de-Adresse: 35,
- per E-Mail an die externe Adresse @fairsprechen-und-verstehen.de: 22,
- sonstige: 1 Erst-Kontakt über das Website-Formular des Medizinischen Dienstes.

In der Praxis ist immer wieder zu erleben, dass Versicherte für den Kontakt zur Ombudsperson keine E-Mail-Möglichkeit haben oder zwar E-Mail, aber keine Möglichkeit zum Drucken/Scannen besitzen. Diese technischen Möglichkeiten sind noch keine Selbstverständlichkeit. Für Versicherte ohne diese technischen Möglichkeiten stehen Kommunikationsmöglichkeiten per Telefon und per Post zur Verfügung.

134 Beschwerden kamen von Versicherten beziehungsweise deren Bevollmächtigten und in 2 Fällen sogar von Mitarbeitenden der Kranken- bzw. Pflegekasse der Versicherten in deren Auftrag. Eine Beschwerde kam intern von einer im Medizinischen Dienst beschäftigten Person.

3.1. EINGABEN VON VERSICHERTEN

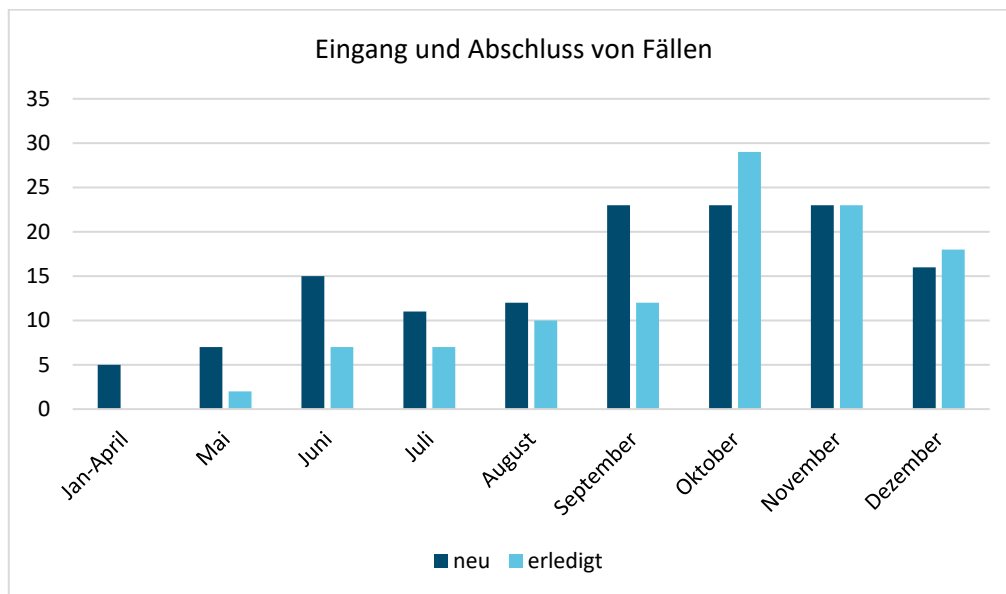
Die größte Anzahl der Beschwerden betraf den Inhalt von Bescheiden oder ähnlichen Mitteilungen an Versicherte, dies waren 98 Fälle. 38 Beschwerden gingen ein zur Art und Weise der Begutachtung beziehungsweise sie zweifelten sogar die Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit an.

In 15 Fällen wandten sich Versicherte, deren Nachbarn, andere nahestehende oder bevollmächtigte Personen in anderen Anliegen an die Ombudspersonen. So wies eine Person darauf hin, dass bei einem erfolgreichen Pflegegrad-Antrag eines Nachbarn ein Sozialbetrug vorläge. Ein anderer Beschwerdeführer wollte dagegen vorgehen, dass ein Pflegegutachten für sein getrennt von ihm lebendes Kind, für das er sorgeberechtigt sei, ohne sein Wissen angefertigt wurde. Oder in einem Fall wiesen Angehörige daraufhin, dass der Sohn einer betagten Mutter zwar umfangreiche Vorsorgevollmachten von dieser erhalten habe, ihr aber die nötigen Medikamente vorenthalte, weil er Anhänger von Verschwörungstheorien sei.

In solchen Fällen besprach ich mit den Beschwerdeführern mögliche Lösungswege, benannte Ansprechpartner, Ansprechpartnerinnen und half Ihnen, verantwortungsvoll zuzu handeln.

60 Anliegen bezogen sich auf den Bereich Pflege, 68 auf den Bereich Sozialmedizin, vor allem auf Hilfsmittel und Medikamenten-Bewilligung. Darunter waren auch drei wegen der Ablehnung erst jüngst zugelassener Cannabis-Präparate für die Behandlung. Und neben einem internen Ombudsfall bezweifelten 11 externe Beschwerdeführende direkt die Unabhängigkeit von Entscheidungen, drei davon in Form kompletter System-kritik.

Insgesamt stieg die Zahl der Eingaben im Jahresverlauf an. Mit zeitlicher Verzögerung und je nach Aufwand stieg nachfolgend auch die Zahl der Erledigungen:



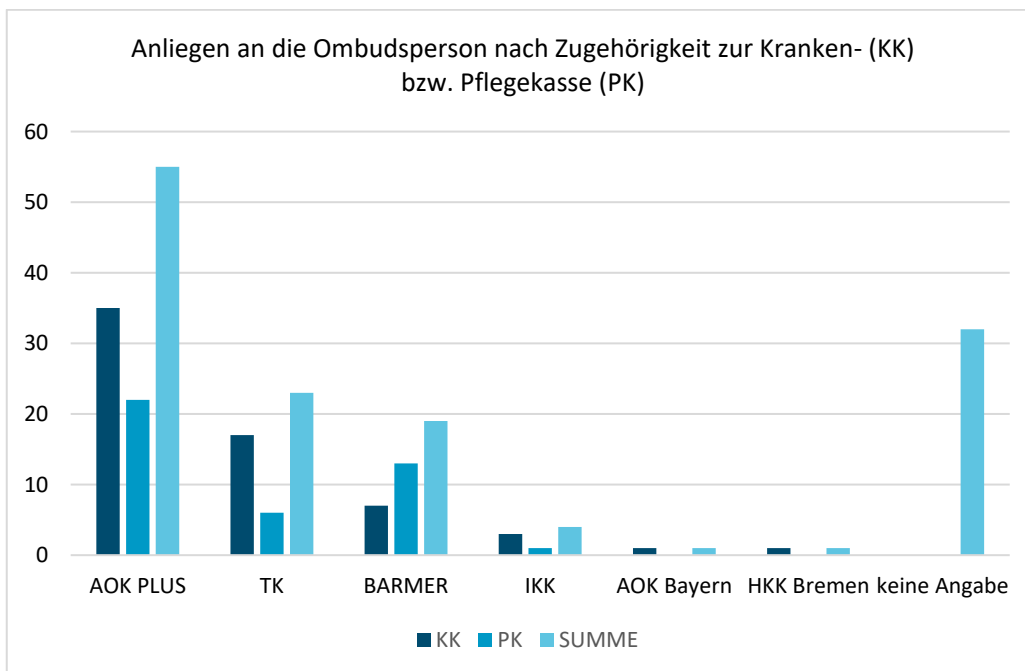
Grafik 1: Anzahl des Eingangs und des Abschlusses von Fällen, die an die Unabhängige Ombudsperson herangetragen wurden

Monat	neu	erledigt
Januar-April	5	
Mai	7	2
Juni	15	7
Juli	11	7
August	12	10
September	23	12
Oktober	23	29
November	23	23
Dezember	16	18
insgesamt 2022	135	108

Grafik 2: tabellarische Darstellung zu Grafik 1

Die Zahl stieg offensichtlich, je mehr die Ombudstätigkeit bekannt wurde und bei den Kassen in die Bescheide integriert wurde. Sie erreichte im Herbst etwa den Durchschnitt der Fälle in anderen Bundesländern, wenn man die Einwohnerzahl als Maßstab zu Grunde legt.

Betrachtet man die Fälle je Kranken- bzw. Pflegekassen ergibt sich folgendes Bild für Sachsen:

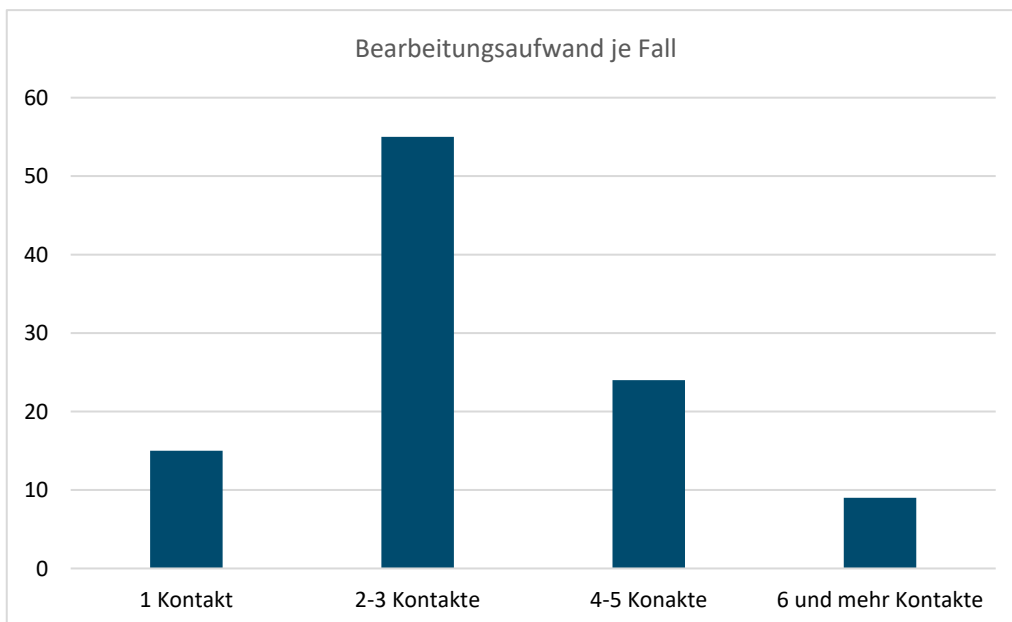


Grafik 3: Anzahl der Anliegen an die Ombudsperson aufgeschlüsselt nach Zugehörigkeit zur Krankenkasse (KK) bzw. Pflegekasse (PK)

	AOK PLUS	TK	BARMER	IKK	AOK Bayern	HKK Bremen	keine Angabe
KK	35	17	7	3	1	1	
PK	22	6	13	1			
SUMME	55	23	19	4	1	1	32

Grafik 4: tabellarische Darstellung zu Grafik 3

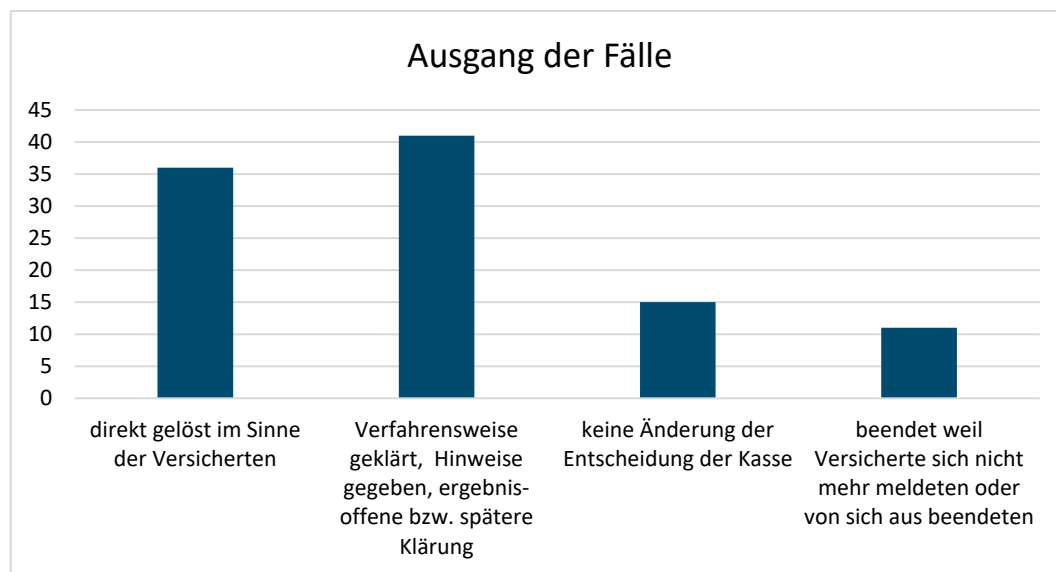
Der Bearbeitungsaufwand für die Fälle war äußerst unterschiedlich. Er dauerte von Lösungen innerhalb eines Tages bis zu mehreren Monaten. Manches ließ sich mit einem Telefonat oder einem Antwortbrief klären bzw. auf den passenden Weg bringen (15 Fälle, siehe Grafik). Es ist der Vollständigkeit halber anzumerken, dass in dieser Statistik hier nur die im Kern klärungsrelevanten Schreiben oder Gespräche aufgeführt sind, nicht etwa Terminabsprachen oder ähnliches Organisatorische. Betrachtet sind hier auch nur die 103 abgeschlossenen Fälle, die 33 offenen bzw. wiederaufgenommenen Fälle können hier nicht mit einbezogen werden. Der Fall mit dem größten Aufwand benötigte 16 Schreiben bzw. Gespräche und trug den Charakter einer Mediation.



Grafik 5: Bearbeitungsaufwand für die im Jahr 2022 abgeschlossenen Fälle (in Anzahl der Kontakte, unabhängig von deren Umfang)

Viele Versicherte, Angehörige oder Bevollmächtigte gaben an, dass der Kontakt zur Ombudsperson für sie hilfreich war. Teilweise gelang Unterstützung, indem tatsächlich in der Sache geholfen werden konnte. Teilweise betrachteten es die Versicherten aber

selbst dann als Hilfe, wenn nur die persönliche Situation nach einem Bescheid der Kasse miteinander reflektiert wurde und die Betroffenen die Lage danach besser akzeptieren und mit ihr umgehen konnten. Einige Versicherte gaben allerdings auch auf und sagten etwa: „Ich habe nicht mehr die Kraft für diesen Aufwand“. Grafik 6 zeigt grob gegliedert den Ausgang der 103 im Berichtsjahr abgeschlossenen Fälle.



Grafik 6: Diese Grafik zeigt nicht den endgültigen Ausgang der Fälle; sondern bildet den Stand zu dem Zeitpunkt ab, ab dem die Ombudsperson nicht weiter involviert war. Auf den Weg gebrachte Widerspruchsverfahren laufen dann z. B. unmittelbar bei den Kranken- oder Pflegekassen. Die Ombudsperson ist dann nicht weiter beteiligt. Es sei denn, die Versicherten sehen im Einzelfall einen Anlass dafür.

Was bewegte die Beschwerdeführenden besonders häufig? Hierbei mischen sich Beschwerdegründe oft in unterschiedlichen Gewichtigungen, sodass eine statistische Auswertung kein zutreffendes Bild zeichnen würde.

Etliche trugen Schwierigkeiten mit der telefonischen Begutachtung vor, besonders wenn das Begutachtungsergebnis stark von der eigenen Erwartung oder von vorab von Angehörigen ausgefüllten Online-Fragebögen abwich. Den Hinweis durch die Ombuds-person, dass die telefonische Begutachtung auch positive Effekte hat, zum Beispiel durch die Beschleunigung der Verfahren, nahmen die Versicherten in der Regel akzeptierend auf. Die Widerspruchsbegutachtung erfolgte für die Pflegegradeinschätzungen dann jeweils im Wohnumfeld. In einigen Fällen wurde auf eine freundliche Intervention hin, nach der Ankündigung einer telefonischen Erstbegutachtung, dann sogar kurzfristig auf eine häusliche Begutachtung umgestellt.

Schwierigkeiten wurden teilweise mit der Vorgehensweise der Gutachtenden vorge-tragen. Es gab Kritik am Tonfall, an der Geschwindigkeit der Begutachtung oder Versi-cherte fühlten sich nicht ernst genommen. Kritik äußerten sie auch an Formulierungen in den Gutachten, die sie als abwertend empfanden.

Es gab bisweilen eine Differenz zwischen sachlichen, trockenen Feststellungen und deren Wahrnehmung durch die Versicherten auf emotionaler Ebene. Hier gelang die Zusammenarbeit mit dem inter-nen Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes sehr gut. Alle Fälle wurden individuell mit den Gutachtenden ausgewertet, Schlussfolgerungen für die künftige Arbeit gezogen und diese auch transparent den Beschwerdeführenden mitgeteilt.

In einigen Fällen gelang es im Nachgang zu den Beschwerden, Erläuterungen der Gutachten durch die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes zu geben. In anderen Fällen erläuterte ich die medizinischen gutachterlichen Texte und deren Bedeutung den Beschwerdeführenden, sodass diese den Empfehlungen der Ärzte des Medizinischen Dienstes teilweise folgten.

Die Frage des Vertraulichkeitsschutzes spielte in einem Fall eine große Rolle und mündete in einem von der Ombudsperson geführten Mediationsprozess. Konkrete Kritik war, dass Umstände, die der Gutachterin nur vertraulich mitgeteilt worden seien, Eingang in ein Gutachten gefunden hatten. Unter Wahrung einerseits der Unabhängigkeit der Gutachterin und andererseits der Daten der Betroffenen wurde schließlich auch hierfür eine einvernehmliche Lösung getroffen.

In einem anderen Fall vermutete ein Beschwerdeführer, die Unabhängigkeit einer Gutachterin sei nicht gegeben wegen eines Verwandtschaftsverhältnisses zwischen dem behandelnden Klinikarzt und der Gutachterin, dies wird noch geprüft.

Viel Zeit nahmen Beschwerden wegen des Vorwurfs mangelhafter Gutachten zu Behandlungsfehlern ein. Dies betraf drei Fälle, davon zwei mit tödlichem Ausgang. Ärztliche Gutachten zum Vorwurf ärztlicher Behandlungsfehler bekamen den sprichwörtlichen Verdacht: „Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“, die Fälle sind noch nicht abgeschlossen.

Im Jahresverlauf nahmen Beschwerden zu über die lange Verfahrensdauer bzw. Wartezeit auf Gutachten bei Widersprüchen. Diese steigerten sich im Laufe des Jahres auf bis zu viereinhalb Monate. Hier erläuterte ich einerseits transparent die aktuelle Situation der steigenden Antragszahlen und die Grundsatzentscheidung des Medizinischen Dienstes, Erstgutachten vorrangig zu bearbeiten. Zum anderen prüfte ich die Anliegen daraufhin, ob sie im Einzelfall priorisiert behandelt werden sollten und trug dies dann dem Medizinischen Dienst inkl. Begründung vor. Erfreulicherweise schloss sich der Medizinische Dienst der Argumentation in allen diesen Fällen an und erstellte dann kurzfristig die Widerspruchsgutachten.

Dabei ging es zum Beispiel in zwei Fällen um Erstverordnungen orthopädischer Schuhe für Patienten, die keine normalen Schuhe mehr tragen konnten, deren Verordnung stammte aus dem Sommer und bei Wintereinbruch lag noch kein Bescheid vor.

Längere Wartezeit wurden auch kritisiert, wenn ein Erstbegutachtungstermin-Vorschlag nicht wahrgenommen werden konnte, z. B. wenn pflegende Angehörige durch eigene Berufstätigkeit verhindert waren. Dann ließ mitunter ein neuer Terminvorschlag mehrere Wochen auf sich warten. Vereinzelt wurden Probleme vorgetragen,

dass beteiligte Angehörige nicht zur Begutachtung eingeladen wurden. Dem lagen individuelle, organisatorische Fehler zugrunde, die im Nachgang durch den Medizinischen Dienst ausgeräumt wurden.

Schwierigkeiten meldeten Versicherte in 4 Fällen, wo es Rückstufungen des Pflegegrades gab, 2x davon bei Kindern mit Behinderungen, 2x bei älteren Personen. Die Versicherten hatten in diesen Fällen Angst vor Rückzahlungsforderungen und Sorgen, wie die künftige Betreuung gewährleistet werden kann. In einem noch offenen Fall hatten sich die Versicherten eine Erhöhung von PG 2 auf PG 3 erhofft, der Pflegegrad war im Gutachten aber komplett verneint worden (kein Pflegegrad).

Ein grundsätzliches und häufiges Problem scheint, dass bei Pflegebegutachtung die Antragsteller häufig die Diagnosen im Vordergrund sehen und nicht den Hilfsbedarf der Versicherten. Letzteres ist aber entscheidend für den Pflegegrad und nicht die Erkrankungen bzw. Leidensgeschichte. Es herrscht allgemein eine große Erwartungshaltung an die Pflegeversicherung vor. Zum einen erwarten viele Versicherte, dass ihre Lebensleistung und die Krankheitsgeschichten berücksichtigt werden sollen und zum anderen, dass die Pflegekasse alle anfallenden Aufwendungen übernehmen müsse. Beides kann die Pflegeleistung aber nicht tragen und sie ist vom Gesetzgeber auch nicht so vorgesehen. Die Gutachtenden stehen hier bisweilen wie ein Puffer zwischen der Erwartungshaltung der Versicherten und den gesetzlichen Möglichkeiten.

Im Teilbereich Allgemeine Sozialmedizin wurden besonders Schwierigkeiten bei Abweichungen des Gutachtens von den Empfehlungen der behandelnden Ärzteschaft beklagt. Hier zeigte sich, dass zumindest in der Mehrzahl der Fälle die behandelnden Ärzte, Ärztinnen einen Vertrauensvorschuss haben bezüglich der Behandlungsmethoden. Das ist auch so, wenn die Ärzte neuartige Wege und Off-Label-Use empfehlen bzw. verordnen. Die ärztlichen Gutachtenden des Medizinischen Dienstes werden dagegen eher mit behördlichen Spar-Kommissaren identifiziert. Das wird deren Tätigkeit nach Einschätzung der Ombudsperson nicht gerecht und könnte kollegial zumindest teilweise in der Ärzteschaft auch besser kommuniziert werden.

In Bereich der allgemeinen Sozialmedizin zeigte sich daneben auch das Problem der bürokratischen Verfahrensweisen. Besonders bei zeitkritischem Medikamenteneinsatz war dies verstörend. So berichtete es zum Beispiel ein Versicherter in einer akuten Tumorsituation, der täglich bei seiner Krankenkasse anrief, wann das Medikament nun bewilligt würde. Das Gutachten war der Kasse vom Medizinischen Dienst bereits vor mehreren Tagen zugestellt worden. Er erhielt 4 Tage lang die Antwort, das Gutachten liege noch nicht vor, um dann zu hören, dass es wohl in der Scanabteilung liege, dort gebe es einen mehrtägigen Bearbeitungsstau. Gegen diesen - wie ich es nennen würde „Digitalisierungsstau“ - etwas zu unternehmen, ist zwar nicht Aufgabe der Unabhängigen Ombudsperson, ich kann es hier aber nicht unerwähnt lassen. Nach meiner Erfahrung sind die einzelnen Kassen sehr unterschiedlich weit fortgeschritten bei der elektronischen Datenübertragung.

3.2. AN DIE OMBUDSPERSON HERANGETRAGENE INTERNE ANLIEGEN

Eine mitarbeitende Person (geschlechtsneutrale Formulierung um die Anonymität zu wahren) wandte sich an die Unabhängige Ombudsperson. Sie wollte unbedingt anonym bleiben. Sie sah Probleme mit der Einarbeitung neuer Mitarbeitender, sodass diese durch einen zu hohen Druck zu Gutachten geleitet würden, die den Qualitätsstandards nicht entsprächen oder dazu führten, dass sie den Medizinischen Dienst wieder verlassen würden.

Eine konkretere Recherche und Besprechung des Falls konnte wegen des Wunsches zur Wahrung der Anonymität nicht erfolgen. Gleichwohl prüfte ich die Plausibilität, soweit bei Wahrung der Anonymität möglich, und verglich mit Aussagen zu diesem Thema, die ich an anderen Stellen dazu erhielt.

Schließlich wurde das Thema mit dem Vorstand inhaltlich und grundsätzlich erörtert und auch auf der Personalversammlung bei Wahrung der Anonymität transparent gemacht.

Der Vorstand betonte die Bedeutung der Einarbeitung entsprechend der abgestimmten Einarbeitungspläne. Denkbare Differenzen zwischen den Planungen und Vorgaben einerseits und deren konkreten Umsetzungen in der Praxis konnten durch die Anonymitätswahrung nicht explizit erhoben werden.

4. FAZIT

Den Medizinischen Dienst Sachsen erreicht eine große Zahl von Aufträgen. Die Versicherten erwarten eine qualitativ hochwertige, aber auch zügige Bearbeitung. Bei meinen Gesprächen mit den Mitarbeitenden und den leitenden Verantwortlichen im Medizinischen Dienst Sachsen konnte ich feststellen, dass sie sehr daran interessiert sind, beide Erwartungen der Versicherten zu erfüllen und in sehr vielen Fällen gelingt das. Die hohen Fallzahlen bringen aber auch mit sich, dass in Einzelfällen kommunikative Missverständnisse auftreten, besondere Umstände berücksichtigt werden müssten oder ergänzende Aspekte einbezogen werden müssten, die den Gutachtenden, aus welchen Gründen auch immer, nicht vorliegen.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Tätigkeit der Ombudsperson von Nutzen für die Versicherten, aber auch für den Medizinischen Dienst und die Kassen. In einem Betrieb mit zahlenmäßig hohem Output ist quasi ein Auffangnetz für Einzel- bzw. nicht alltägliche Fälle ein stabilisierendes Element. Dasselbe gilt für Fälle mit zeitkritischem Entscheidungsbedarf, der bisweilen auf den ersten Blick schwer zu erkennen war, wo aber die Ombudsperson eine Priorisierung anregen konnte. Als Instanz, die den Einzelfall noch einmal unabhängig betrachtet, kann und konnte die Ombudsperson tatsächlich in vielen Fällen allseits akzeptierte Lösungen befördern.

In der Gesamtbetrachtung des Jahres fällt auch auf, dass Versicherte die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes nicht als isolierten Vorgang betrachten, sondern vielmehr das Gesundheitssystem als Ganzes (oder um eine ältere Bezeichnung zu verwenden, das „Gesundheitswesen“) vor sich sehen. Die Funktionsteilung, zwischen Kranken- und Pflegekasse wie auch zwischen den Kassen und dem Medizinischen Dienst, wird nur wenig gesehen.

Versicherte sehen aus Ihrer Perspektive auch die unterschiedlichen Schritte nicht jeweils spezifisch, also: was ist ein Antrag, welche Bedeutung hat das Gutachten, wer ist die entscheidende Instanz, wo ist Widerspruch einzulegen usw.. Sie sehen alles als Gesamtprozess, ihre Perspektive ist anders als die der Insider des Gesundheitssystems, denen die Unterschiede völlig klar sind.

Hier kann die Ombudsperson eine Lotsenfunktion einnehmen und helfen, die einzelnen Verfahrensschritte zielgenau zu steuern. Und insofern ist den Versicherten die Bestellung der Ombudsperson allein für den Medizinischen Dienst den Versicherten bisweilen schwer zu vermitteln. Auch in der praktischen Tätigkeit als Ombudsperson ließen sich etliche Fälle effektiver und schneller lösen in einem direkten Kontakt mit der Krankenkasse oder einer behandelnden Ärztin, einem behandelnden Arzt, also nicht beschränkt auf den Versicherten und den Medizinischen Dienst allein.

Es war zu spüren, dass den Leistungserbringenden, wie zum Beispiel den Sanitätshäusern oder Kliniken, die Eigenschaft der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit stärker durch die Versicherten zugeschrieben wurde, hingegen wurde beim Medizinischen Dienst eine Parteinahme für die Interessen der Kranken- und Pflegekassen vermutet. Aus einer unabhängigen Position heraus aufklärend zu wirken und Vorurteile allseitig zu hinterfragen, betrachtete ich auch als Aufgabe der Ombudsperson. Zum Beispiel, dass selbstverständlich auch Kliniken und Sanitätshäuser wirtschaftliche Interessen haben, wenn sie Vorschläge machen, und dass es durchaus gut ist, diese durch eine unabhängige Instanz prüfen zu lassen. Ein Image, wie es zum Beispiel TÜV und DEKRA für ihre gutachterliche Tätigkeit haben, wäre dem Medizinischen Dienst zu wünschen. Auch wenn in der Praxis Fehler passieren, ist die Unabhängigkeit der gutachterlichen Tätigkeit des Medizinischen Dienstes ein hohes Gut für das Funktionieren des Gesundheitssystems.

Dresden, den 02.02.2023

Bernhard Holfeld